



## Beitrittserklärung

Netzwerk Neuroendokrine Tumoren (NeT) e.V.

- Einzelperson:** Mitgliedsbeitrag 20,- Euro pro Jahr
- Angehörige:** (in Verbindung mit einer Betroffenen-Mitgliedschaft)  
Mitgliedsbeitrag 10,- Euro pro Jahr
- Firmen:** Mitgliedsbeitrag 300,- Euro pro Jahr
- Freiwillig höherer Beitrag:** Euro \_\_\_\_\_ im Jahr

Herr/Frau/Firma: \_\_\_\_\_

bei Einzelperson Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Beitrittsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Den Mitgliedsbeitrag entrichte(n) ich/wir jährlich per  
Einzugsermächtigung

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC (Swift-Code): \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_